

# ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТАЛЕВИХ ТА БІОДЕГРАДУЮЧИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ МЕТАЕПІФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКИ

Дудко О. Г.

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинський державний медичний університет ОКУ «ЛШМД» м. Чернівці.

**Актуальність теми.** Переважна більшість метаепіфізарних переломів гомілки зі зміщенням (52,8–64,7 %) потребує проведення оперативного лікування для відновлення конгруентності суглобової поверхні. Серед основних факторів, які впливають на результати оперативного лікування переломів одним з найбільш важливих є правильний вибір фіксуєчої конструкції для остеосинтезу.

**Мета дослідження.** Провести аналіз результатів оперативного лікування метаепіфізарних переломів гомілки, визначити найбільш оптимальний тип, дизайн та матеріал фіксатора в залежності від характеру перелому.

**Матеріали і методи.** Вивчено результати оперативного лікування пацієнтів з переломами гомілки, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділі травматології для дорослих університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці в 2015 р.

**Результати та обговорення.** Оперативне лікування було проведено у 107 пацієнтів з переломами гомілки, з них відкриті переломи були у 20 хворих, яким проведено остеосинтез стержневими апаратами зовнішньої фіксації (18 випадків) та спице-стержневими апаратами (2 пацієнти). У 67 хворих з закритими метаепіфізарними переломами було проведено внутрішню фіксацію перелому. З приводу переломів проксимального метаепіфізу оперовано 26 хворих, дистального метаепіфізу 41 хворий. Остеосинтез пластинами з кутовою стабільністю гвинтів проведено у 24 хворих, без кутової стабільності у 19 хворих, гвинти застосовано у 21 випадку, спиці у 20 випадках. Біодеградуєчі імпланти – гвинти і штифти застосовувалися у 3 пацієнтів. Зовнішня іммобілізація після остеосинтезу металевими і полімерними гвинтами проводилась 5–6 тижнів. Осьове навантаження дозволялося після зрощення перелому, в середньому через 10-12 тижнів після оперативного втручання. Добрі і задовільні результати отримано в 94,03 % випадках, серед ускладнень – вторинне зміщення у 1 хворого після металоостеосинтезу гвинтами, внаслідок порушення іммобілізаційного режиму, поверхнєве інфікування м'яких тканин та фліктени після остеосинтезу металевими пластинами у 3 пацієнтів.

**Висновки.** Пацієнтам з метаепіфізарними скалковими переломами, переломами обох виростків гомілки (Т, У-подібними переломами) та у випадках ізольованого перелому виростків гомілки з значною площею суглобової поверхні фрагменту слід проводити остеосинтез пластинами і гвинтами з кутовою стабільністю, з уведенням у діафізарну частину блокуючих кортикальних гвинтів, а в метафізарну частину блокуючих спонгіозних гвинтів.

У хворих з відривними та краєвими переломами, переломами кісточок гомілки, ізольованими переломами медіального чи латерального виростка гомілки доцільно проводити фіксаційний остеосинтез невеликими конструкціями (спицями, пінами, гвинтами) з накладанням зовнішньої іммобілізації. Методика операції і післяопераційний період при застосуванні біодеградуєчих гвинтів аналогічна металоостеосинтезу і дозволяє досягти надійної фіксації перелому. Особливістю методики закритого остеосинтезу є те, що біодеградуєчий гвинт нерентгенконтрастний, тому ми рекомендуємо проводити остеосинтез канюльованими гвинтами, що вводяться під ЕОП контролем по направляючій спиці Кіршнера. Дана методика дозволяє проводити остеосинтез малоінвазивно, а в подальшому не потрібна повторна операція по видаленню фіксатора. Відсутність повторної операції при застосуванні полімерних фіксаторів зменшує психологічну травму пацієнта та загальні терміни непрацездатності в середньому на два тижні.